

СКРИНИНГ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСА

КИРПИЧЕНКО А.А., БАРЫШЕВ А.Н.

Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь

Вестник ВГМУ. – 2020. – Том 19, №5. – С. 8-16.

ANXIETY AND DEPRESSION SCREENING IN GENERAL MEDICAL PRACTICE: THE CURRENT STATE OF THE MATTER

KIRPICHENKA A.A., BARYSHAU A.N.

Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Republic of Belarus

Vestnik VGMU. 2020;19(5):8-16.

Резюме.

Скрининг тревоги и депрессии у пациентов в общемедицинской амбулаторной практике является весьма насущной проблемой современной медицины. В данном литературном обзоре авторы обобщают и систематизируют разрозненные и противоречивые данные относительно скрининга тревожных и депрессивных расстройств, а также вносят предложения по его оптимизации в общей врачебной практике. В статье сделан акцент на актуальные проблемы по организации скрининга и основные препятствия, которые мешают его эффективному внедрению в общую врачебную практику. Рассматриваются проблемные вопросы гипердиагностики тревожно-депрессивных расстройств и последующего неадекватного лечения, психиатрическая стигма и дополнительные трудозатраты врачей в ходе амбулаторного приёма. Особое внимание обращается на необходимость дальнейшей оптимизации скрининга тревоги и депрессии для повышения эффективности оказания психиатрической и психотерапевтической помощи пациентам в амбулаторно-поликлинической сети. По мнению авторов, для этого необходимо в ближайшее время осуществить ряд изменений на законодательном уровне.

Ключевые слова: скрининг, тревога, депрессия, общая врачебная практика.

Abstract.

Screening of anxiety and depression disorders in general medical practice is a very important problem of modern medicine. In this literature review, the authors summarize and systematize scattered and conflicting data regarding the screening of anxiety and depressive disorders, as well as make suggestions aimed at its optimization in general medical practice. The article focuses on current problems in the organization of screening and the main obstacles that prevent its effective introduction into general medical practice. The problematic issues of overdiagnosis of anxiety and depressive disorders and subsequent inadequate treatment, psychiatric stigma and additional labor input of doctors during outpatient visits are considered. Particular attention is drawn to the need to further optimize the screening of anxiety and depression in order to increase the effectiveness of providing psychiatric and psychotherapeutic care to patients in an outpatient network. For this, in the judgement of the authors, it is necessary to implement a number of changes at the legislative level in the very near future.

Key words: screening, anxiety, depression, general medical practice.

Тревожные и депрессивные расстройства занимают ведущее место в Глобальном Бремене Заболеваний (Global Burden of Disease). Значение тревоги и депрессии в общественном здравоохранении усугубляется её последствиями, в част-

ности ростом преждевременной смерти от коморбидных соматических заболеваний, повышением риска суицида, а также значимым влиянием тревоги и депрессии матери на развитие ребёнка [1, 2]. В то же время существует большое количе-

ство данных об эффективном лечении тревоги и депрессии антидепрессантами и краткосрочными формами психотерапии, причём данные формы лечения всё чаще и чаще рассматриваются в контексте использования в общей врачебной практике. Несмотря на убедительные доказательства о необходимости лечения тревоги и депрессии, огромное количество людей, страдающих от данных расстройств, не получают лечения, а основной барьер при этом – низкая выявляемость тревоги и депрессии на уровне оказания первичной медицинской помощи [3].

Так как большинство людей с тревожно-депрессивными расстройствами в первую очередь обращаются за помощью к врачам соматического профиля тех поликлиник, в которых обслуживаются, можно сделать закономерное предположение, что лечение могло бы быть более эффективным, если бы врачи использовали стандартизированные тесты для выявления этой категории пациентов. Однако у скрининга тревожных и депрессивных расстройств есть как свои аргументы «за», так и аргументы «против».

С одной стороны, скрининг может улучшить показатели диагностики и лечения тревожных и депрессивных расстройств в общемедицинской сети, что в целом приведёт к улучшению результатов для самих пациентов. Также для экономики в целом может быть выгодно сокращение ненужных расходов на здравоохранение, связанных с недиагностированными психическими проблемами со здоровьем. С другой стороны, скрининг может быть потенциально опасен своими ложноположительными результатами. Это может привести к гипердиагностике тревожно-депрессивных расстройств и последующему необоснованному использованию психофармакотерапии и психотерапии, что также может отвлечь и без того ограниченные ресурсы здравоохранения от пациентов с реальными проблемами психического и соматического здоровья. А если ресурсов здравоохранения не хватает на организацию должной помощи, то использование скрининга в этом случае, по меньшей мере, не этично по отношению к пациентам.

Данный литературный обзор является весьма актуальным в свете последних изменений Закона «Об оказании психиатрической помощи» и введении нового клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики» [4, 5].

Цель работы – обобщить и систематизировать разрозненные и противоречивые данные относительно скрининга тревожных и депрессивных расстройств, а также внести предложения по его оптимизации в общей врачебной практике.

Материал и методы

Был произведен поиск медицинской литературы по проблеме скрининга тревожных и депрессивных расстройств в общей врачебной практике с использованием данных в системах PubMed, Medscape, Cochrane, eLIBRARY, а также публикаций и материалов сети интернет по данной теме. Были обобщены и проанализированы данные русскоязычных и англоязычных информационных источников, опубликованных за период по май 2020 года.

Результаты и обсуждение

Общие положения. Про преимущества скрининга в ранней диагностике и профилактике заболеваний всерьёз начали вести речь лишь к середине прошлого века на основании успешного опыта проведения массовой флюорографии для выявления больных туберкулезом. Собственно, с того времени учёные стали более активно оценивать скрининговые вмешательства на возможность использования в качестве эффективного средства профилактики и раннего выявления более широкого круга заболеваний. И уже в 1968 году Wilson J, Jungner G опубликовали свой труд «Принципы и практика скрининга для выявления заболеваний», который был и остаётся одной из фундаментальных работ в этой области [6]. Критерии программ скрининга, сформированные в конце 60-ых, весьма значимо повлияли на развитие всей отрасли профилактической медицины и во многом остаются актуальными на сегодняшний день [6]. В настоящее время наиболее полно оценить эффективность, целесообразность и рентабельность скрининговых программ можно на основании критериев Национального скринингового комитета Великобритании [7].

Что же касается необходимости рутинного скрининга тревожных и депрессивных расстройств в общей врачебной практике, то к середине 2020 года мировое научное сообщество всё ещё не пришло к единому мнению. По-прежнему существует дефицит качественных рандомизированных контролируемых исследований в этой

области для тревожных расстройств, а также имеются ограниченные данные относительно скрининга депрессии. Тем не менее, в этом вопросе мы можем опираться на отдельные рекомендации зарубежных научно-практических сообществ, которые представлены в таблице 1.

Наиболее актуальные и системные рекомендации относительно скрининга депрессии для возрастной популяции старше 18 лет были предложены Специальной группой по профилактическим услугам США [14]. Данные представлены в таблице 2.

Подобного рода рекомендаций для скрининга тревожных расстройств на данный момент не разработано. Однако имеются данные мета-анализа, который включал в себя 24 исследования за период с августа 1980 по июнь 2014 года с общим количеством пациентов 34902 человек. По результатам исследования чувствительность в верификации диагноза тревожных расстройств у врачей общей практики была в два раза выше при использовании вспомогательных шкал (63,6%, 95% доверительный интервал (ДИ) 50,3-75,1%), чем при их отсутствии (30,5%, 95% ДИ 20,7-42,5%) [15].

Потенциальные проблемы. Основные аргументы, которые приводят противники скри-

нинга тревоги и депрессии в общей врачебной практике – это риск гипердиагностики тревожно-депрессивных расстройств и последующего неадекватного лечения, психиатрическая стигма и дополнительные трудозатраты врачей в ходе амбулаторного приёма. По всему миру в общей врачебной практике часть пациентов, страдающих от тревоги и/или депрессии, часто получает неверный «соматический» диагноз, в то время как другая часть пациентов, не имеющих этих расстройств, получает ошибочный диагноз психического расстройства. В то же время, по сообщениям ВОЗ, в странах с низким и средним уровнем дохода от 76% до 85% людей, страдающих нарушениями психического здоровья, не получают никакого лечения [16]. Также напомним, что положительные результаты скрининга на тревогу и/или депрессию – это повод для более углубленного обследования конкретного пациента на предмет наличия либо отсутствия у него психической патологии, а не прямое руководство к установлению диагноза и назначения лечения. Поэтому, на наш взгляд, проблема гипердиагностики психических расстройств должна решаться не через политику ограничения использования инструментов скрининга, а путём более активного обучения врачей на соответствующих темати-

Таблица 1 – Рекомендации научно-практических сообществ по скринингу тревоги и депрессии

Источник	Рекомендации
Американская академия семейных врачей	Проводить скрининг депрессии среди взрослого населения, включая беременных и женщин в послеродовом периоде. Скрининг должен проводиться при наличии адекватных систем для обеспечения точного диагноза, эффективного лечения и надлежащего наблюдения [8].
Американская академия педиатрии	Проверять матерей на наличие послеродовой депрессии при посещении ребенка в течение 1, 2 и 4 месяцев [9].
Американский колледж профилактической медицины	Обследовать всех взрослых на наличие депрессии. Для обеспечения точной диагностики и лечения все врачи первичного звена должны располагать диагностическими системами либо в рамках самой первичной помощи, либо в сотрудничестве с профессионалами в области психического здоровья [10].
Американский колледж акушеров-гинекологов	Хотя бы раз в перинатальный период обследовать пациентов на наличие симптомов депрессии и тревоги. Скрининг должен сочетаться с соответствующим последующим наблюдением и лечением [11].
Канадская целевая группа по профилактической медицинской помощи	Не рекомендует проводить регулярный скрининг на депрессию у взрослых, которые подвержены среднему риску депрессии, или в подгруппах населения, которые могут подвергаться повышенному риску депрессии [12].
Институт усовершенствования клинических систем	Рекомендует клиницистам использовать стандартизированный инструмент для скрининга депрессии, если она подозревается на основании факторов риска или клинической картины [13].

Таблица 2 – Рекомендации Специальной группы по профилактическим услугам США по скринингу депрессии

Факторы риска	<ul style="list-style-type: none"> • Более высокий уровень распространенности депрессии имеют женщины, молодые люди и взрослые средних лет, а также люди с низким уровнем образования, разведенные или безработные. • Лица с хроническими заболеваниями, другими нарушениями психического здоровья или семейной историей психических расстройств также подвергаются повышенному риску развития депрессии. • Факторы риска у пожилых людей включают в себя: инвалидность или наличие хронического заболевания, хроническую бессонницу, беспокойства, одиночество и депрессию в анамнезе. • Факторы риска во время беременности и в послеродовом периоде включают: низкую самооценку, недостаточный уход за ребенком, стресс, пренатальную тревожность, жизненный стресс, снижение социальной поддержки, статус одиноких / не состоящих в браке, депрессию в анамнезе, инфантилизм, предыдущую послеродовую депрессию, низкий социально-экономический статус и нежелательную беременность.
Скрининговые тесты	<ul style="list-style-type: none"> • Обычно используемые инструменты скрининга депрессии у взрослых включают опросник здоровья пациента в различных формах и госпитальную шкалу тревоги и депрессии. • У пожилых пациентов – гериатрическую шкалу депрессии. • У беременных женщин и в послеродовом периоде используется Эдинбургская Шкала послеродовой депрессии. • Положительные результаты скрининга должны привести к дополнительной оценке, которая учитывает тяжесть депрессии, сопутствующие психологические проблемы, альтернативные диагнозы и медицинские условия.
Интервал Скрининга	Оптимальные сроки и интервал для скрининга депрессии неизвестны. Прагматичный подход может включать скрининг всех взрослых, которые ранее не проходили скрининг, и использование клинического мышления с учетом факторов риска, сопутствующих состояний и жизненных событий, чтобы определить, оправдан ли дополнительный скрининг пациентов с высоким риском.
Лечение и вмешательства	Эффективное лечение депрессии у взрослых, как правило, включает антидепрессанты или специфические психотерапевтические подходы, отдельно или в сочетании. Учитывая потенциальный вред для плода и новорожденного ребенка от определенных фармакологических препаратов, клиницистам рекомендуется рассмотреть основанные на фактических данных консультационные вмешательства при ведении депрессии у беременных или кормящих женщин.

ческих семинарах, тренингах и курсах повышения квалификации.

Ещё один потенциальный вред, о котором часто идёт речь, – это избыточное назначение антидепрессантов, которые имеют свои побочные эффекты. В частности, врачи первичного звена опасаются назначать антидепрессанты в связи с увеличением риска суицидального поведения и риска развития кровотечений желудочно-кишечного тракта у пожилых. На этот счёт в обзоре USPSTF за 2009 год было найдено 7 исследований, в которых сравнивали связанные с самоубийством события у взрослых, получавших СИОЗС и другие антидепрессанты второго поколения с плацебо. Ни в одном исследовании не сообщалось о значительном увеличении числа

завершённых самоубийств у взрослых, получавших антидепрессанты, а для выборки пациентов старше 65 лет применение антидепрессантов, по-видимому, защищало от суицидального поведения (ОШ, 0,06 [ДИ 95%, 0,01-0,58]) [17, 18].

Относительно риска кровотечения у пожилых людей, получавших СИОЗС, имеется 1 исследование хорошего качества, в котором отражено, что риск кровотечения значительно увеличивался с возрастом: с 4,1 госпитализации на 1000 взрослых в возрасте от 65 до 70 лет до 12,3 госпитализации на 1000 взрослых в возрасте от 80 до 89 лет. Вероятность возникновения кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта у взрослых в возрасте от 40 до 79 лет, которые принимали СИОЗС (ОШ, 3,0 [95% ДИ,

2,1-4,4)), была намного выше, когда они также принимали нестероидный противовоспалительный препарат (ОШ, 15,6 [ДИ 95%, 6,6-36,6]) [19].

Вопрос психиатрической стигмы частично решён внесением изменений в Закон «Об оказании психиатрической помощи», где оговаривается, что заключение врача общей практики о состоянии психического здоровья пациента носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и свобод [4]. Также стоит отметить, что одна из основных идей данного Закона заключается в повышении доступности психиатрической помощи. Однако специалистам в области оказания психиатрической помощи стоит продолжить проведение психообразования для населения нашей страны через СМИ с целью снижения уровня потенциальной самостигматизации, а также делать акцент на развитие междисциплинарного подхода к лечению пациентов с тревожной и/или депрессивной симптоматикой.

Что же касается дополнительных трудовых затрат в ходе врачебного приёма, то использование многих диагностических психометрических шкал действительно является обременительным для повседневной врачебной практики из-за их объёмности, сложности в подсчётах и интерпретации результатов. В этой связи, во время амбулаторного приёма не представляется возможным в полной мере использовать диагностические шкалы (шкалы Гамильтона, Кови, Голдберга, Бека и др.), которые широко применяются в клинических исследованиях и требуют, помимо всего прочего, специальной подготовки врача [20]. Некоторым подспорьем для скрининга могут служить валидизированные в Российской Федерации опросники для самооценки уровня тревоги (шкалы Тэйлора, Шихана, Спилбергера-Ханина, Цунга, госпитальная шкала тревоги и депрессии), которые заполняются пациентом, например, во время ожидания приема врача [20].

Для врачей амбулаторно-поликлинической службы особенно актуальным является использование психометрических шкал, которые являются краткими, многофункциональными и простыми в подсчёте баллов. Причём под многофункциональностью понимается возможность использования шкалы не только для скрининга, но также для оценки тяжести тревожной симптоматики, постановки предварительного диагноза и регистрации изменения тяжести состояния при повторном обследовании [21]. И решить эту про-

блему можно либо через разработку принципиально новых диагностических шкал, либо через адаптацию уже имеющихся.

Инструменты для скрининга. Согласно пункту 2.6 Приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении примерного перечня методов и методик оказания психологической помощи, рекомендуемых к применению в государственных организациях здравоохранения» для диагностики клинических проявлений эмоциональных расстройств в нашей стране рекомендованы [22]:

- «Шкала оценки тревоги Гамильтона»;
- «Шкала оценки депрессии Гамильтона»;
- «Шкала оценки депрессии Монтгомери-Асберга»;
- «Опросник депрессии Бека»;
- «Шкала самооценки депрессии Зунга»;
- «Госпитальная шкала тревоги и депрессии»;
- «Опросник выраженности психопатологических состояний».

В этом отношении требованиям краткости, простоты, безопасности и точности из представленных шкал на роль скринингового инструмента для рутинного использования в общей врачебной практике в большей мере подходит лишь «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (далее HADS) [23].

Шкала HADS является эффективным самоопросником для скрининга симптомов тревоги и депрессии, которая используется во всём мире при проведении клинических исследований, а в некоторых странах – и в клинической практике. Шкала была валидизирована в России [24]. HADS состоит из 14 вопросов и разделена на 2 подшкалы – тревоги и депрессии. Данные подшкалы включают в себя по 7 вопросов, каждый из которых оценивается от 0 до 3 баллов. Сумма баллов по каждой из подшкал ≥ 8 баллов свидетельствует о наличии симптомов тревоги или депрессии [25].

Однако следует обратить внимание на тот факт, что в Республике Беларусь большинство психологических тестов содержат нормативные данные, полученные в России или СССР, а это противоречит критериям надёжности и валидности теста. В этом отношении шкала HADS является исключением. Мы полностью согласны с Асанович М.А. в том, что никакие ссылки или приведенные в литературе сведения об адаптации используемой психодиагностической мето-

дики за пределами РБ не могут являться научным и этическим основанием для применения данной методики в Республике Беларусь [26]. Фактически, на данный момент в нашей стране нет ни одной валидной шкалы для скрининга тревоги и депрессии в общей врачебной практике.

Заключение

Вопросы скрининга до сих пор остаются проблемным полем профилактической медицины, и задача организаторов здравоохранения – взвешенно подходить к его внедрению в конкретной системе здравоохранения. В Республике Беларусь на законодательном уровне созданы условия для эффективного оказания помощи пациентам с клинической тревогой и депрессией в общей врачебной практике, однако алгоритмы междисциплинарного взаимодействия только начинают внедряться и ещё в полной мере не отработаны. К сожалению, в Постановлении Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.03.2020 № 13 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики»» никак не оговорены вопросы скрининга тревожных и депрессивных расстройств [5]. Для себя мы ставим задачу в кратчайшие сроки устранить образовавшееся «слепое пятно» и предложить врачам общей практики эффективные инструменты для скрининга тревожных и депрессивных расстройств, которые будут краткими, простыми, удобными в использовании и, самое главное, адаптированными и валидизированными для применения на территории Республики Беларусь. В направлении дальнейшей работы по оптимизации скрининга тревоги и депрессии в общей врачебной практике мы видим следующие шаги:

1. Поиск и изучение потенциально эффективных инструментов скрининга, их адаптация и валидизация.

2. Локальное внедрение скрининговых инструментов в практическое здравоохранение. Изучение обратной связи от врачей и пациентов для оптимизации алгоритмов междисциплинарного взаимодействия в рамках скрининга, в том числе с использованием информационных технологий. Разработка методических рекомендаций и инструкций по скринингу тревоги и депрессии в общей врачебной практике.

3. Широкое внедрение в государственную

систему здравоохранения полученных результатов и дальнейшее совершенствование в обучении врачей общей практики вопросам скрининга и диагностики тревожных и депрессивных расстройств.

Уже сейчас мы хотели бы вынести на рассмотрение вопрос об обязательном ежегодном скрининге на тревогу и депрессию всех пациентов 3 группы диспансерного наблюдения согласно действующему Постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь «Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации» от 12 августа 2016 года № 96 [27]. Актуализируя этот вопрос, мы исходим из имеющихся данных о распространённости тревожных и депрессивных расстройств среди пациентов амбулаторно-поликлинической сети на уровне, как минимум, 8-20%, а также их тесной взаимосвязи с широким кругом хронических соматических заболеваний, где уровень тревоги и депрессии может достигать 60-70% [28-30]. Кроме того, в практическом здравоохранении зачастую делается акцент исключительно на выявлении у пациентов депрессии, а тревожным расстройствам придаётся существенно меньшее значение. На наш взгляд, ввиду высокой коморбидности тревоги и депрессии такое разделение нецелесообразно и тревожно-депрессивные расстройства следует диагностировать в едином комплексе, используя для этого подходящие скрининговые шкалы.

Литература

1. Reynolds, C. F. Screening for depression: the global mental health context / C. F. Reynolds, V. Patel // *World Psychiatry*. – 2017 Oct. – Vol. 16, N 3. – P. 316–317.
2. Anxiety and depression in general practice outpatients: the long-term change process / F. Shimada [et al.] // *Int. J. Gen. Med.* – 2018 Feb. – Vol. 11. – P. 55–63.
3. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ) / С. А. Шальнова [и др.] // *Терапевт. арх.* – 2014. – Т. 86, № 12. – С. 53–60.
4. Об изменении Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи»: Закон Респ. Беларусь, 11 нояб. 2019 г., № 255-3 // Национальный Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020. – Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H11900255>. – Дата доступа: 23.10.2020.
5. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики»: постановление

- ние М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 2 марта 2020 г., № 13 // Национальный Интернет-портал Республики Беларусь [Электронный ресурс] / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2020. – Режим доступа: http://pravo.by/upload/docs/op/W22035194p_1585602000.pdf. – Дата доступа: 23.10.2020.
6. Wilson, J. M. G. Principles and Practice of Screening for Disease / J. M. G. Wilson, G. Jungner. – Geneva, 1968. – 200 p.
7. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme [Electronic resource] : guidance. – Mode of access: <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme>. – Date of access: 26.10.2020.
8. Clinical preventive service recommendation: depression [Electronic resource] / American Academy of Family Physicians. – Mode of access: <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/depression.html>. – Date of access: 26.10.2020.
9. Earls, M. F. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice / M. F. Earls ; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics // Pediatrics. – 2010 Nov. – Vol. 126, N 5. – P. 1032–1039.
10. Nimalasuriya, K. Screening adults for depression in primary care: a position statement of the American College of Preventive Medicine / K. Nimalasuriya, M. T. Compton, V. J. Guillory ; Prevention Practice Committee of the American College of Preventive Medicine // J. Fam. Pract. – 2009 Oct. – Vol. 58, N 10. – P. 535–538.
11. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 630. Screening for perinatal depression / Committee on Obstetric Practice // Obstet. Gynecol. – 2015 May. – Vol. 125, N 5. – P. 1268–1271.
12. Recommendations on screening for depression in adults / M. Joffres [et al.] // CMAJ. – 2013 Jun. – Vol. 185, N 9. – P. 775–782.
13. Adult Depression in Primary Care / J. Mitchell [et al.]. – Bloomington : Institute for Clinical Systems Improvement, 2013. – 129 p.
14. Screening for Depression in Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statemen / A. L. Siu [et al.] // JAMA. – 2016 Jan. – Vol. 315, N 4. – P. 380–387.
15. Detection of anxiety disorders in primary care: a meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses / E. Olariu [et al.] // Depress. Anxiety. – 2015 Jul. – Vol. 32, N 7. – P. 471–484.
16. Депрессия [Электронный ресурс] : информ. бюл. // Всемирная организация здравоохранения : [сайт]. – Вашингтон, 2020. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>. – Дата доступа: 26.10.2020.
17. Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review: Evidence Synthesis No. 75 / E. A. O'Connor [et al.]. – Rockville : Agency for Healthcare Research and Quality, 2009. – 167 p.
18. Clinical review: relationship between antidepressant drugs and suicidality in adults [Electronic resource] / Center for Drug Evaluation and Research, US Food and Drug Administration. – Mode of access: <https://www.baumhedlundlaw.com/documents/pdf/dolin-trial-exhibits/jx-13-clinical-review-relationship-between-antidepressant-drugs-and-suicidality-in-adults.pdf>. – Date of access: 26.10.2020.
19. Dalton, S. O. SSRIs and upper gastrointestinal bleeding: what is known and how should it influence prescribing? / S. O. Dalton, H. T. Sorensen, C. Johansen // CNS Drugs. – 2006. – Vol. 20, N 2. – P. 143–151.
20. Гуров, В. А. Тревожные расстройства в общей врачебной практике: аспекты клиники и терапии / В. А. Гуров, В. Э. Медведев // Арх. внутр. медицины. – 2011. – № 2. – С. 15–19.
21. Русскоязычные версии опросников PHQ-2 и 9: чувствительность и специфичность при выявлении депрессии у пациентов общемедицинской амбулаторной практики / Н. В. Погосова [и др.] // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. – 2014. – Т. 13, № 3. – С. 18–24.
22. Об утверждении примерного перечня методов и методик оказания психологической помощи, рекомендуемых к применению в государственных организациях здравоохранения : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 29 июня 2018 г., № 662 // База НПА Министерства здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Минск, 2020. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/baza-npa.php?ELEMENT_ID=328669. – Дата доступа: 26.10.2020.
23. Zigmond, A. S. The hospital anxiety and depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. – 1983 Jun. – Vol. 67, N 6. – P. 361–370.
24. Андриюшенко, А. В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике / А. В. Андриюшенко, М. Ю. Дробижев, А. В. Добровольский // Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2003. – Т. 103, № 5. – С. 11–18.
25. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review / I. Bjelland [et al.] // J. Psychosom. Res. – 2002 Feb. – Vol. 52, N 2. – P. 69–77.
26. Ассанович, М. А. Проблема научного измерения в психодиагностике / М. А. Ассанович // Журн. ГрГМУ. – 2014. – № 1. – С. 9–13.
27. Об утверждении инструкции о порядке проведения диспансеризации : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 12 авг. 2016 г., № 96 // Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] : [сайт]. – Минск, 2020. – Режим доступа: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-belorusskikh-grazhdan/dispenserizatsiya.php>. – Дата доступа: 26.10.2020.
28. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations / O. Remes [et al.] // Brain Behav. – 2016 Jun. – Vol. 6, N 7. – e00497.
29. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP) / A. Serrano-Blanco [et al.] // Soc. Psychiat. Epidemiol. – 2010 Feb. – Vol. 45, N 2. – P. 201–210.
30. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study / T. Toft [et al.] // Psychol. Med. – 2005 Aug. – Vol. 35, N 8. – P. 1175–1184.

Поступила 19.06.2020 г.
Принята в печать 19.10.2020 г.

References

1. Reynolds CF, Patel V. Screening for depression: the global mental health context. *World Psychiatry*. 2017 Oct;16(3):316-317. doi: 10.1002/wps.20459
2. Shimada F, Ohira Y, Hirota Y, Ikegami A, Kondo T, Shikino K, et al. Anxiety and depression in general practice outpatients: the long-term change process. *Int J Gen Med*. 2018 Feb;11:55-63. doi: 10.2147/IJGM.S130025
3. Shalnova SA, Evstifeeva SE, Deev AD, Artamonova GV, Gatagonova TM, Dupliakov DV, i dr. The prevalence of anxiety and depression in various regions of the Russian Federation and its association with socio-demographic factors (according to the ESSE-RF study). *Terapevt Arkh*. 2014;86(12):53-60. (In Russ.)
4. On amendments to the Law of the Republic of Belarus «On the provision of psychiatric care»: *Zakon Resp Belarus'*, 11 noiab 2019 g, № 255-3. *Nats tsentr pravovoi inform Resp Belarus'*. V: *Natsional'nyi Internet-portal Respubliki Belarus'* [Elektronnyi resurs]. Minsk, RB; 2020. Rezhim dostupa: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H11900255>. Data dostupa: 23.10.2020. (In Russ.)
5. On the approval of the clinical protocol «Diagnostics and treatment of patients with mental and behavioral disorders by general practitioners»: postanovlenie M-va zdravookhraneniia Resp Belarus', 2 marta 2020 g, № 13. *Nats tsentr pravovoi inform Resp Belarus'*. V: *Natsional'nyi Internet-portal Respubliki Belarus'* [Elektronnyi resurs]. Minsk, RB; 2020. Rezhim dostupa: http://pravo.by/upload/docs/op/W22035194p_1585602000.pdf. Data dostupa: 23.10.2020. (In Russ.)
6. Wilson JMG, Jungner G. *Principles and Practice of Screening for Disease*. Geneva; 1968. 200 p.
7. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme: guidance. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme>. [Accessed 26th Oct 2020]
8. American Academy of Family Physicians. Clinical preventive service recommendation: depression. Available from: <http://www.aafp.org/patient-care/clinical-recommendations/all/depression.html>. [Accessed 26th Oct 2020]
9. Earls MF; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health American Academy of Pediatrics. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*. 2010 Nov;126(5):1032-9. doi: 10.1542/peds.2010-2348
10. Nimalasuriya K, Compton MT, Guillory VJ; Prevention Practice Committee of the American College of Preventive Medicine. Screening adults for depression in primary care: a position statement of the American College of Preventive Medicine. *J Fam Pract*. 2009 Oct;58(10):535-8.
11. Committee on Obstetric Practice. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion No. 630. Screening for perinatal depression. *Obstet Gynecol*. 2015 May;125(5):1268-71. doi: 10.1097/01.AOG.0000465192.34779.dc
12. Joffres M, Jaramillo A, Dickinson J, Lewin G, Pottie K, Shaw E, et al. Recommendations on screening for depression in adults. *CMAJ*. 2013 Jun;185(9):775-82. doi: 10.1503/cmaj.130403
13. Mitchell J, Trangle M, Degnan B, Gabert T, Haight B, Kessler D, et al. *Adult Depression in Primary Care*. Bloomington: Institute for Clinical Systems Improvement; 2013. 129 p.
14. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for Depression in Adults US Preventive Services Task Force Recommendation Statemen. *JAMA*. 2016 Jan;315(4):380-7. doi: 10.1001/jama.2015.18392
15. Olariu E, Forero CG, Castro-Rodriguez JI, Rodrigo-Calvo MT, Álvarez P, Martín-López LM, et al. Detection of anxiety disorders in primary care: a meta-analysis of assisted and unassisted diagnoses. *Depress Anxiety*. 2015 Jul;32(7):471-84. doi: 10.1002/da.22360
16. Depression [Elektronnyi resurs]: inform biul. V: *Vsemimaia organizatsiia zdravookhraneniia: [sait]*. Washington, USA; 2020. Rezhim dostupa: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Data dostupa: 26.10.2020. (In Russ.)
17. O'Connor EA, Whitlock EP, Gaynes B, Beil TL. Screening for Depression in Adults and Older Adults in Primary Care: An Updated Systematic Review: Evidence Synthesis No. 75. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2009. 167 p.
18. Center for Drug Evaluation and Research, US Food and Drug Administration. Clinical review: relationship between antidepressant drugs and suicidality in adults. Available from: <https://www.baumhedlundlaw.com/documents/pdf/dolin-trial-exhibits/jx-13-clinical-review-relationship-between-antidepressant-drugs-and-suicidality-in-adults.pdf>. [Accessed 26th Oct 2020]
19. Dalton SO, Sorensen HT, Johansen C. SSRIs and upper gastrointestinal bleeding: what is known and how should it influence prescribing? *CNS Drugs*. 2006;20(2):143-51. doi: 10.2165/00023210-200620020-00005
20. Gurov VA, Medvedev VE. Anxiety disorders in general practice: clinical and therapeutic aspects. *Arkh Vnutr Meditsiny*. 2011;(2):15-9. (In Russ.)
21. Pogosova NV, Dovzhenko TV, Babin AG, Kursakov AA, Vygodin VA. Russian-language versions of the PHQ-2 and 9 questionnaires: sensitivity and specificity in detecting depression in patients of general medical outpatient practice. *Kardiologicheskii Terapii Profilaktika*. 2014;13(3):18-24. (In Russ.)
22. On the approval of an indicative list of methods and techniques for the provision of psychological assistance, recommended for use in public health organizations: prikaz M-va zdravookhraneniia Resp Belarus', 29 iunia 2018 g, № 662. V: *Baza NPA Ministerstva zdravookhraneniia Respubliki Belarus'* [Elektronnyi resurs]. Minsk, RB; 2020. Rezhim dostupa: http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-spetsialistov/normativno-pravovaya-baza/baza-mpa.php?ELEMENT_ID=328669. Data dostupa: 26.10.2020. (In Russ.)
23. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983 Jun;67(6):361-70. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
24. Andriushenko AV, Drobizhev Mlu, Dobrovol'skii AV. Comparative assessment of the CES-D, BDI and HADS scales (d) in the diagnosis of depression in general medical practice. *Zhurn Nevrologii Psikhiiatrii im SS Korsakova*. 2003;103(5):11-8. (In Russ.)
25. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002 Feb;52(2):69-77.

- doi: 10.1016/s0022-3999(01)00296-3
26. Assanovich MA. The problem of scientific measurement in psychodiagnostics. Zhurn GrGMU. 2014;(1):9-13. (In Russ.)
27. On the approval of the instructions on the procedure for conducting medical examination: postanovlenie M-va zdravookhraneniia Resp Belarus', 12 avg 2016 g, № 96. V: Ministerstvo zdravookhraneniia Respubliki Belarus' [Elektronnyi resurs]: [sait]. Minsk, RB; 2020. Rezhim dostupa: <http://minzdrav.gov.by/ru/dlya-belorusskikh-grazhdan/dispenserizatsiya.php>. Data dostupa: 26.10.2020. (In Russ.)
28. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. Brain Behav. 2016 Jun;6(7):e00497. doi: 10.1002/brb3.497
29. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Luján L, Fernández A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). Soc Psychiat Epidemiol. 2010 Feb;45(2):201-10. doi: 10.1007/s00127-009-0056-y
30. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and comorbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. Psychol Med. 2005 Aug;35(8):1175-84. doi: 10.1017/s0033291705004459

Submitted 19.06.2020

Accepted 19.10.2020

Сведения об авторах:

Кирпиченко А.А. – д.м.н., доцент, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4861-2324>;

Барышев А.Н. – ассистент кафедры врача общей практики с курсом поликлинической терапии, Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет.

Information about authors:

Kirpichenko A.A. – Doctor of Medical Sciences, associate professor, head of the Chair of Psychiatry & Narcology, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4861-2324>;

Baryshau A.N. – lecturer of the General Practitioner Chair with the course of Outpatient Therapy, Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University.

Адрес для корреспонденции: Республика Беларусь, 210039, г. Витебск, ул. П. Бровки, 37-57. E-mail: kirpi@tut.by – Кирпиченко Андрей Александрович.

Correspondence address: Republic of Belarus, 210039, Vitebsk, 37-57 P. Brovki str. E-mail: kirpi@tut.by – Andrey A. Kirpichenka.